



**Viernes 2 de febrero de 2018**

**Taller:**

**The very best of... images in  
Pediatric Emergency Medicine**

**Ponente/monitor:**

■ **Santiago Mintegi Raso**

*Pediatra. Servicio de Urgencias de Pediatría.  
Hospital Universitario Cruces. Vizcaya.  
Universidad del País Vasco (UPV/EHU).*

**Textos disponibles en  
[www.aepap.org](http://www.aepap.org)**

**¿Cómo citar este artículo?**

Mintegi Raso S. The very best of... images in Pediatric Emergency Medicine. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2018. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2018. p. 417-419.

## The very best of... images in Pediatric Emergency Medicine

**Santiago Mintegi Raso**

*Pediatra. Servicio de Urgencias de Pediatría.  
Hospital Universitario Cruces. Vizcaya. Universidad del País Vasco  
(UPV/EHU).  
[santiago.mintegi@osakidetza.eus](mailto:santiago.mintegi@osakidetza.eus)*

### RESUMEN

El desarrollo de nuevas tecnologías ha supuesto un cambio extraordinario en la práctica médica diaria. Además, el acceso a las mismas es cada día más sencillo y se ha generalizado de una manera importante. Este hecho también ha motivado que alguna de las valiosas herramientas clásicas utilizadas por el médico haya quedado postergada.

El simple hecho de aproximarnos al paciente mirándolo, conocer la morfología de algunas lesiones, e interpretar correctamente pruebas radiológicas simples puede ser de una ayuda extraordinaria para el paciente.

Pero no solo esto, el aprendizaje a través de la utilización de imágenes con una interacción directa entre el docente y el alumno facilita enormemente el aprendizaje de este último sobre todo en el caso del adulto y hace más atractivas las sesiones formativas.

Con la sesión "The very best of... images in Pediatric Emergency Medicine" pretendo actualizar de una manera amena y en un corto espacio de tiempo los conocimientos a través de consultas de niños en Urgencias por lesiones cutáneas o imágenes radiológicas curiosas. Son imágenes seleccionadas del ejercicio profesional en Urgencias que pueden llevar a cierta confusión en el médico.

En muchas ocasiones, el médico tiende más a tocar, palpar, auscultar, medir que simplemente ver lo que tiene delante. Esto se hace más habitual en momentos de alta presión asistencial y lugares de trabajo con un flujo de pacientes irregular como son los servicios de urgencias pediátricos. En hospitales docentes, el aprendizaje a través de la visión compartida de un paciente y su supervisión se ven sustituidas en muchas ocasiones por discusiones de casos sin el paciente presente y se basan en la interpretación que hace un médico de unas lesiones o de una radiografía, en lugar de discutir delante del paciente o la prueba. Sin embargo, el valor de la docencia a pie de cama sigue siendo indiscutible.

La aparición de una herramienta como el Triángulo de Evaluación Pediátrico de la Academia Americana de Pediatría, basada en la observación muy breve de ciertos aspectos del paciente, ha revolucionado la aproximación a los pacientes en los servicios de urgencias pediátricos. Está demostrado que ver el aspecto, el color y el esfuerzo respiratorio de los pacientes a su llegada a Urgencias antes de hacer nada más identifica los pacientes que requieren una atención más urgente. Estos pacientes identificados como "más graves" también requieren actuaciones médicas con más frecuencia y tienen una mayor tasa de ingreso.

De la misma forma, la inspección de los pacientes siempre ha sido considerada una parte básica de la aproximación a los mismos, pero, hoy en día, parece verse desplazada por las determinaciones analíticas, ciertos registros a pie de cama, etc. Pues bien, la inspección con detalle de ciertas imágenes puede aportar en muchas ocasiones una ayuda mucho más importante que complejas pruebas complementarias.

De esta manera, el conocimiento de ciertas características de los exantemas nos ayuda enormemente en la valoración de los pacientes.

Aunque infrecuente, la enfermedad de Lyme es la enfermedad transmitida por garrapatas más común en los Estados Unidos y Europa. Es producida por la *Borrelia* (sobre todo *Burgdorferi*) y transmitida al ser humano

habitualmente a través de garrapatas *Ixodes ricinus*. La enfermedad de Lyme puede afectar a la piel, articulaciones, sistema nervioso y corazón. La clínica localizada es la forma más habitual de enfermedad en fases iniciales. En el lugar de la picadura aparece el eritema migratorio (maculopápula rojiza que crece adquiriendo una forma de lesión anular eritematosa de 5-20 cm de diámetro en días o semanas). A veces asocia malestar, cefalea, artralgias o fiebre. En la fase inicial localizada, en los niños menores de 8 años el antibiótico de elección es la amoxicilina (30-50 mg/kg/día); por encima de esa edad se suele recomendar doxiciclina oral (100 mg/12 horas), en ambos casos durante 14-21 días. El pronóstico de los niños tratados para la enfermedad de Lyme es excelente. Los niños tratados por un eritema *migrans* progresan raramente a enfermedad de Lyme tardía.

En otras ocasiones, la piel puede ser el lugar de aparición de reacciones adversas medicamentosas. La administración de anticomiciales se acompaña de aparición de exantema hasta en un 3% de los casos, siendo más frecuente si este había aparecido con otros anticomiciales previamente. La incidencia más alta se relaciona con fenitoína, lamotrigina y carbamazepina. Generalmente son cuadros leves siendo muy infrecuente el síndrome de Stevens-Johnson. En el caso de la lamotrigina, hasta en un 10% de los pacientes tratados pueden presentar un *rash* benigno en el primer-segundo mes de tratamiento, que suele requerir discontinuar la medicación. Más rara vez, los pacientes pueden presentar un Stevens-Johnson o una necrolisis epidérmica tóxica.

Un raro hallazgo exploratorio en la orofaringe es la presencia del edema de úvula, hallazgo que puede verse en pacientes con reacciones alérgicas severas y anafilaxia. En estos casos la administración precoz de adrenalina IM mejora enormemente el pronóstico de estos pacientes. La anafilaxia es una situación potencialmente peligrosa para la vida, con manifestaciones multisistémicas que resultan de la rápida liberación de mediadores inflamatorios. En los niños, los alimentos pueden ser un desencadenante de la misma. Leche, huevos, trigo y soja son los alérgenos alimentarios más comunes; sin embargo, los frutos secos y el pescado se encuentran entre los más potentes. De hecho, los niños pueden desarrollar anafi-

laxia al respirar simplemente el humo que se desprende al cocinar pescado o con el cacahuete residual de una barra de chocolate.

La orofaringe no es el único lugar cuya inspección nos proporciona información. Tras un golpe en la cara, la exploración ocular es muy importante ya que una inspección detallada, por ejemplo, puede evidenciar un hifema. Este se clasifica en grados (grado 1, sangre que ocupa menos de un tercio de la cámara anterior; grado 2, entre un tercio y la mitad; grado 3, entre la mitad y algo menos del total, y grado 4, cuando la sangre ocupa la totalidad de la cámara anterior) y esta clasificación se relaciona con el tratamiento y el pronóstico.

Por último, a veces también es bueno examinar con detalle las imágenes radiológicas. La neumonía es la primera causa de muerte en la infancia a nivel mundial. En algunas ocasiones, las imágenes radiográficas pueden no ser muy evidentes ya que la condensación puede confundirse con otras estructuras. Conocer la localización de estas "neumonías ocultas" puede ser de gran utilidad para el médico. Cuando se considera el diagnóstico de neumonía hay que prestar especial atención a:

- Ángulos costofrénicos.
- Espacios y superficies pleurales.
- Márgenes diafragmáticos.
- Silueta cardiotímica.
- Vasculatura pulmonar.

Además, la interpretación de la radiografía debe ser sistemática para no perderse detalles que luego a todos nos parecen obvios. Por ejemplo, comparar la morfología de los huesos de ambas extremidades en ocasiones también nos puede ayudar al igual que tener una buena sistemática. Al examinar una radiografía de codo en un niño con un traumatismo una serie de ítems deben comprobarse siempre:

- Integridad de las corticales: región supracondílea, olecranon y parte proximal del radio.
- Alineación radio-*capitellum*.
- Ausencia de grasa anterior y posterior. La presencia del signo de la grasa posterior siempre anormal e indica la presencia de una efusión de la articulación del codo. La almohadilla de grasa anterior es visible en el codo normal, pero normalmente es pequeña. Si la almohadilla anterior sobresale hacia delante en una forma triangular, a veces llamado el signo de la vela del codo, también es un hallazgo anormal y también indica la presencia de un derrame en la articulación. La presencia de derrame articular es un signo indirecto de fracturas oculta, a menudo en la región supracondílea.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Arif H, Buchsbaum R, Weintraub D, et al. Comparison and predictors of rash associated with 15 antiepileptic drugs. *Neurology*. 2007;68:1701.
- Campbell RL, Li JT, Nicklas RA, et al. Emergency department diagnosis and treatment of anaphylaxis: a practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2014 Dec;113:599-608.
- Dieckmann RA, Brownstein D, Gausche-Hill M. The pediatric assessment triangle: a novel approach for the rapid evaluation of children. *Pediatr Emerg Care*. 2010;26:312-5.
- Hu L. Treatment of Lyme disease. [Fecha de acceso 20 octubre 2017]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-lyme-disease>
- Sampson HA, Muñoz-Furlong A, Campbell RL, et al. Second symposium on the definition and management of anaphylaxis: summary report—Second National Institute of Allergy and Infectious Disease/ Food Allergy and Anaphylaxis Network symposium. *J Allergy Clin Immunol*. 2006;117:391-7.